MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

CERTIFICADO DE EMPRESA
sobre situación laboral del trabajador para los supuestos de alta médica y declaración de disconformidad del art. 170.2 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (1)

D/Dª ..... con DNI - NIE - pasaporte .....

que desempeña en la empresa el cargo de .....

CERTIFICA que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales y profesionales que a continuación se consignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social						Código de cuenta de cotización
Domicilio habitual: (calle, plaza …)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad	Provincia					Teléfono

2. DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A

Apellidos y nombre						DNI - NIE - pasaporte
Domicilio habitual: (calle, plaza …)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad	Provincia					Teléfono
Número de Seguridad Social / Categoría		Fecha de alta en la empresa				Fecha de baja en la empresa

Datos de la incapacidad temporal

Fecha de la baja médica .....

El/la trabajador/a, una vez emitida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) el alta médica con fecha .....

☐ SÍ se ha incorporado al trabajo. Fecha de incorporación .....

☐ NO se ha incorporado al trabajo hasta la fecha de esta certificación

Observaciones:

Lo que se certifica a efectos de que se le abone la prestación de incapacidad temporal en pago directo por el INSS, durante el periodo correspondiente.

..... , a ..... de ..... de 20.....

Firma y sello,

(1) Sólo para trabajadores/as que tengan cubiertas las contingencias con el Instituto Nacional de la Seguridad Social.